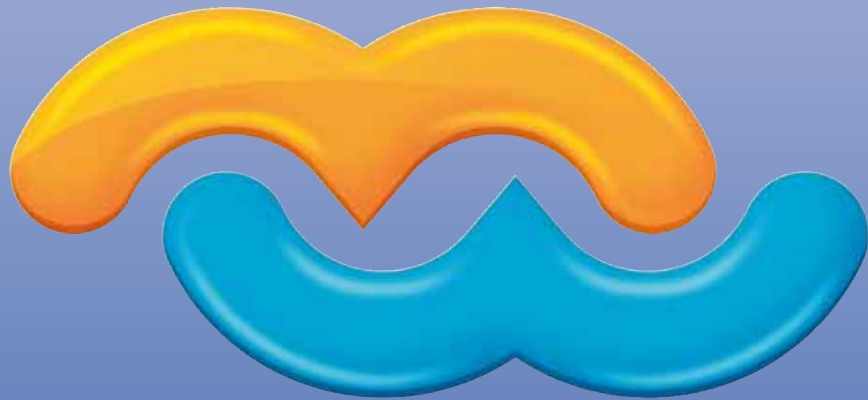


dental dialogue



teamworkmedia



I fondamentali non cambiano mai

Alberto Olivieri, Marcello Tiberi, Diego Olivieri e Piero Mosciatti

Il paziente: un viso, un sorriso, una psiche, un'entità, le sue abitudini, la sua postura, la sua anatomia intra ed extra orale, la classe scheletrica di appartenenza, le patologie rilevate e che trasmette, l'A.T.M. Insomma un paziente, uno solo.

Ecco l'anteprima alla costruzione di una protesi totale.

Il lungo peregrinare nel vasto mondo della protesi totale, i contatti quotidiani con quanti vi sono impegnati professionalmente, ci fanno sorgere in ogni momento un quesito: perché questa branca della protesi più di altre debba essere così selvaggiamente violentata e si vada troppo spesso alla ricerca del particolare prima ancora di conoscere l'oggetto nella sua grandezza naturale? Vorremmo provare con un piccolo articolo ad illustrare il nostro semplice ed individuale percorso quotidiano (paziente-odontoiatra-odontotecnico). Cercheremo di comunicare perché da molti anni il nostro metodo di costruzione ruoti attorno a dei principi per noi fondamentali.

Non è sicuramente la scoperta "dell'acqua calda" ma rivedere periodicamente pazienti o riprenderli dopo riabilitazioni totali eseguite da decenni e constatare che quanto fatto in precedenza ha preservato A.T.M. e salute crestale è per noi la conferma di procedere sulla buona strada.

Si presentò alla visione del clinico una paziente sfiduciata, depressa, sicura che per lei fosse impossibile ripristinare estetica e funzione senza sopportare dolori continui dovuti a protesi che secondo chi scrive forse non erano idonee.

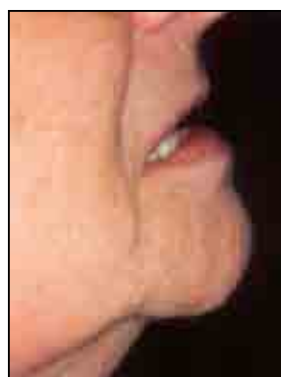
La paziente presentava infatti una cresta inferiore sottile e distrutta da una serie di "protesi". Compito del dentista, inizialmente, è stato quello di "ricostruire" la paziente dal punto di vista psicologico dandole fiducia che nel proseguo del lavoro si sarebbe operato seguendo le fondamentali regole con scienza e coscienza.

Inizieremo ora con l'elencare con semplicità il percorso protesico di 13 anni or sono che non si discosta assolutamente da quello che tuttora realizziamo in collaborazione con i nostri clinici. Sicuramente l'evoluzione dei materiali prosegue nella nostra stessa direzione.

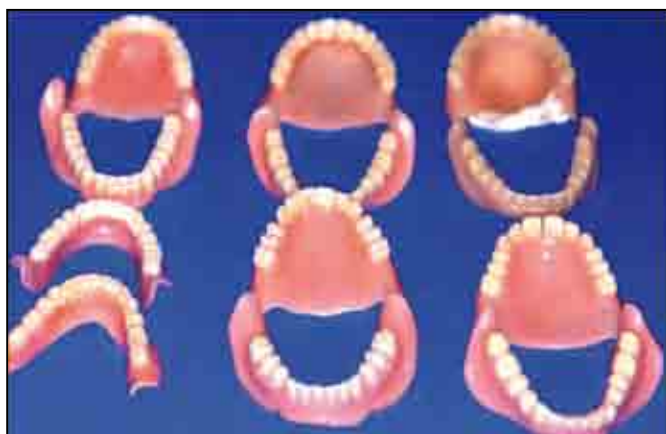
2011



La paziente nel 1998:
Così si presenta alla visione dell'odontoiatra



1998:
La paziente con l'ultimo "acquisto del guardaroba"



Il suo "variopinto guardaroba protesico":
La paziente ha acquistato tante "dentiere", ma non la sua protesi totale individuale

*La paziente nel 1998
dopo la nostra riabilitazione
(vedremo nel prosieguo
dell'articolo come abbiamo operato)*



*La paziente oggi prima del nuovo trattamento.
Considerazioni del trascorso (13 anni).
Durante gli anni, con questa protesi ha eseguito
presso lo stesso studio due ribasature e riferisce di
aver condotto una vita tranquilla.*



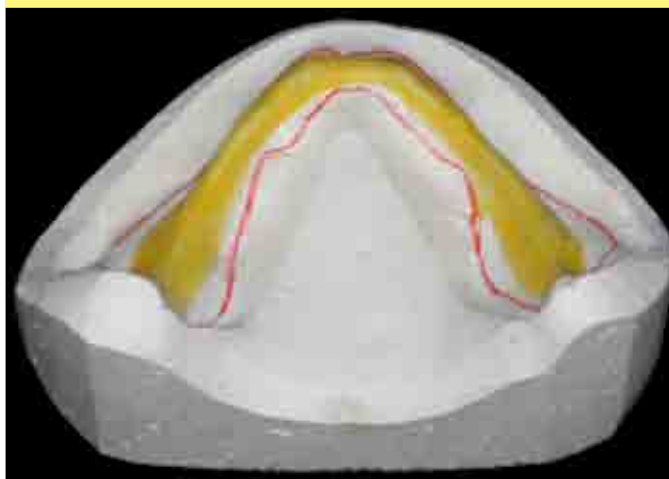
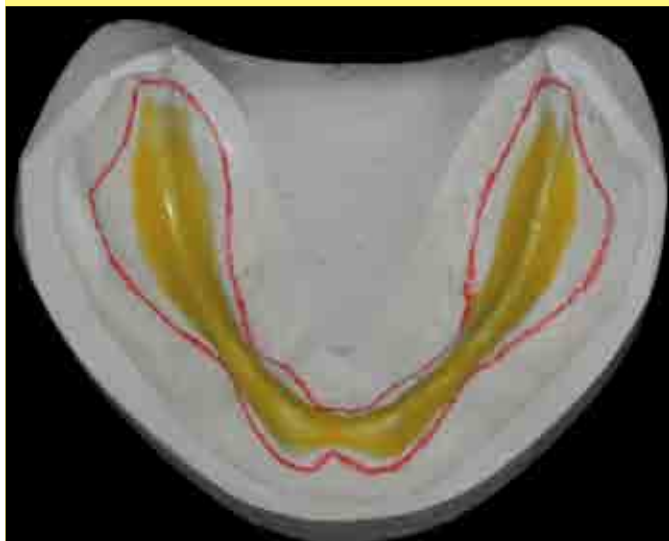


Nella protesi eseguita nel 1998 si osserva un'usura funzionale con una conseguente leggera perdita di dimensione verticale ed anteriorizzazione mandibolare dovuta all'usura dei denti posteriori in PMMA.

Illustreremo ora il percorso di costruzione portato avanti nel 1998 e quello utilizzato oggi per preparare una nuova protesi totale alla paziente.

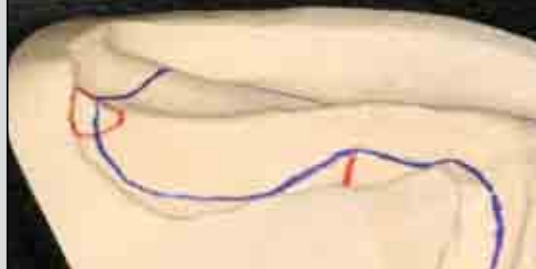
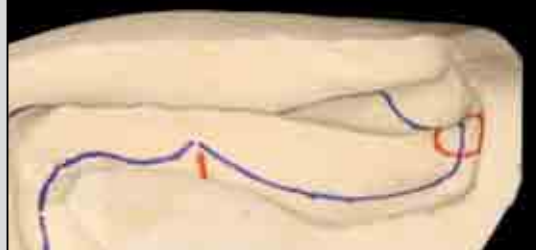
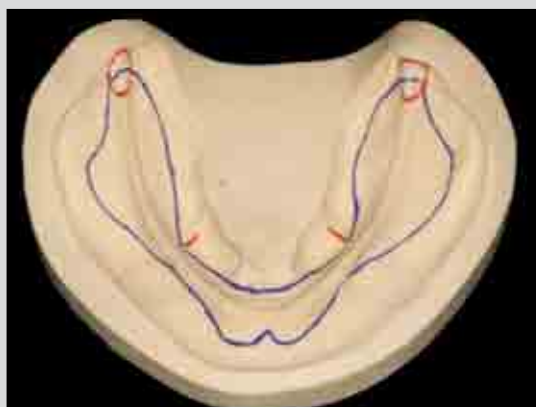
Premettiamo che prima di ricostruire la nuova protesi si è utilizzata la vecchia terapeutamente per un aumento corretto della D.V.O.

PROCEDURE DI COSTRUZIONE 1998



Dopo che l'odontoiatra ha registrato impronte primarie panoramiche in alginato, si eseguono il disegno e la costruzione del P.I. seguendo i concetti e gli insegnamenti del Prof. Gino Passamonti.

PROCEDURE DI COSTRUZIONE 2011



Dopo che l'odontoiatra ha registrato impronte primarie panoramiche in alginato si eseguono il disegno e la costruzione del P.I. seguendo i concetti e gli insegnamenti del Prof. Gino Passamonti.

1998

Bordaggio del P.I. con resina fotopolimerizzabile ("La registrazione del bordo periferico con l'ausilio delle resine fotopolimerizzanti" A. Olivieri - Rivista italiana degli odontotecnici Dental Press, n° 4, maggio 1992)



Registrazione impronta finale con polisolfuro Permalastic (Kerr)



Modello master realizzato con gesso di classe IV

2011

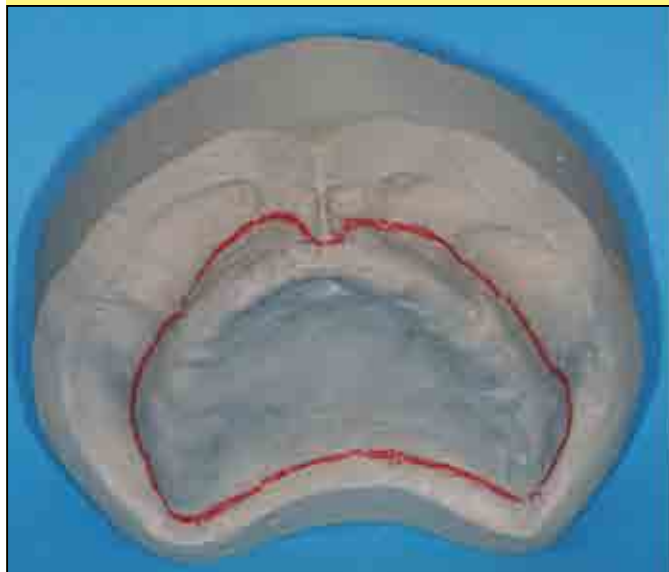
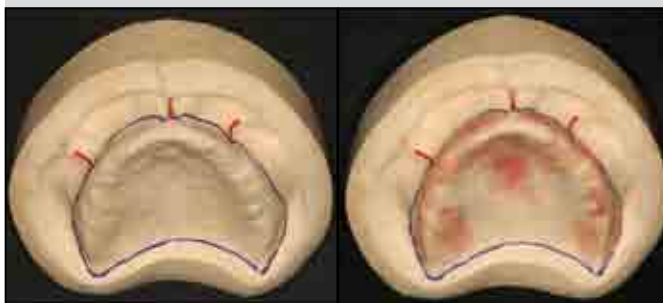
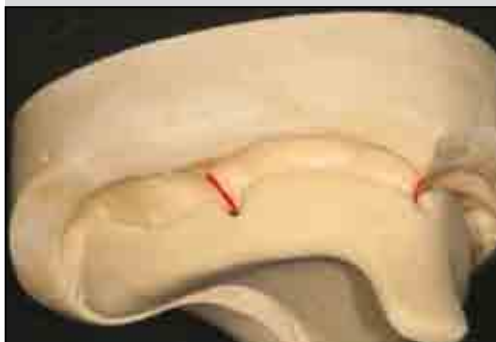
Bordaggio del P.I. con resina fotopolimerizzabile



Registrazione impronta finale con polisolfuro Permalastic (Kerr)



Modello master realizzato con gesso di classe IV

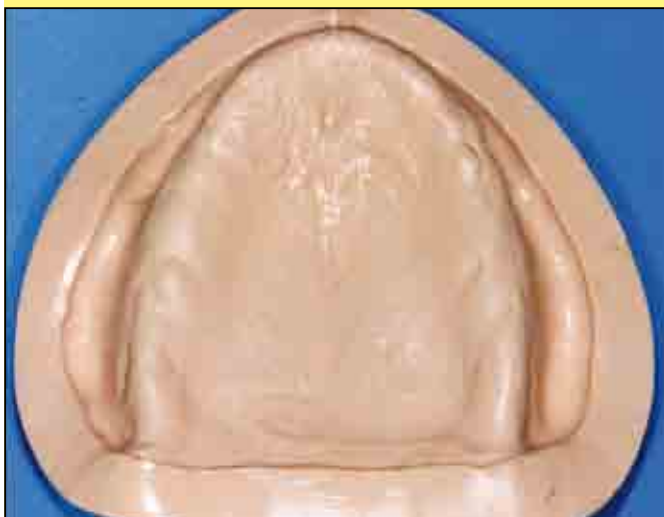
1998*Modello primario con disegno del P.I. individuale***2011***Modello primario superiore**Disegno del P.I. individuale**Costruzione del P.I. individuale*

1998

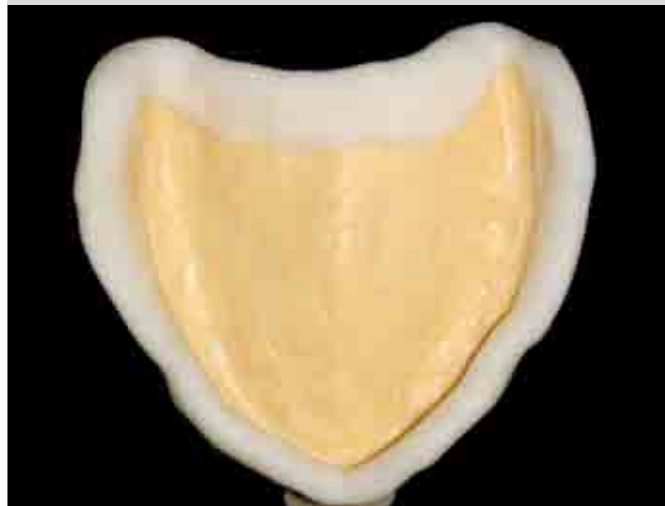
Bordaggio del P.I. con resina fotopolimerizzabile



Registrazione impronta finale con polisolfuro Permalastic (Kerr)



Modello master realizzato con gesso di classe IV

2011

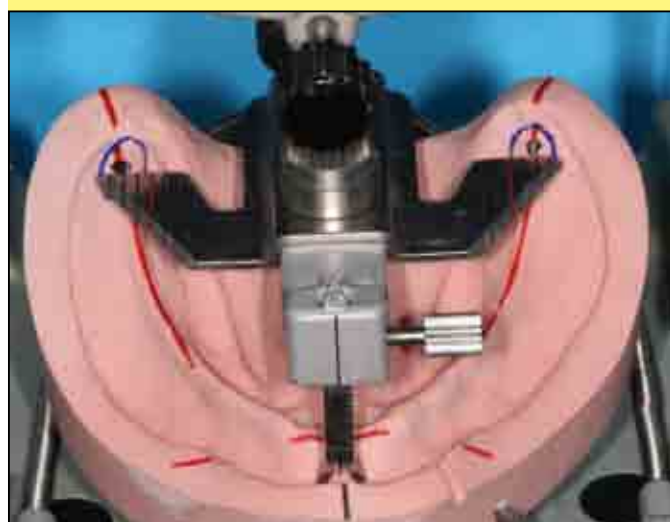
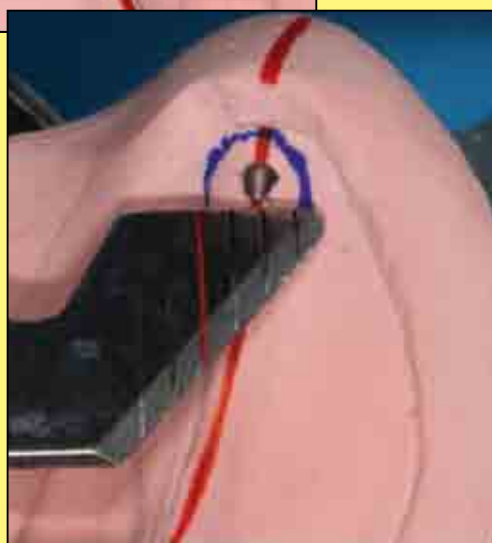
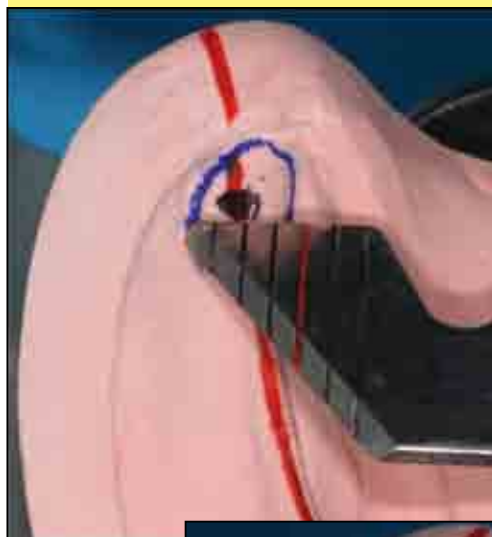
Bordaggio del P.I. con resina fotopolimerizzabile ("A technique for border molding with light-polymerized resin" A. Olivieri - A. Zuccari - D. Olivieri "The Journal of Prosthetic Dentistry", Volume 90, Issue 1, July 2003)



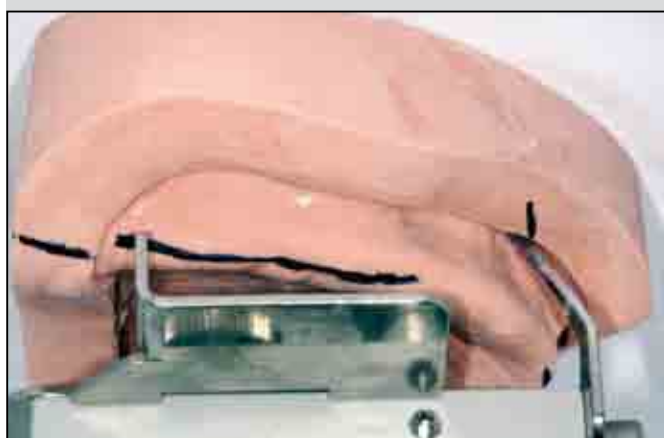
Registrazione impronta finale con polisolfuro Permalastic (Kerr)



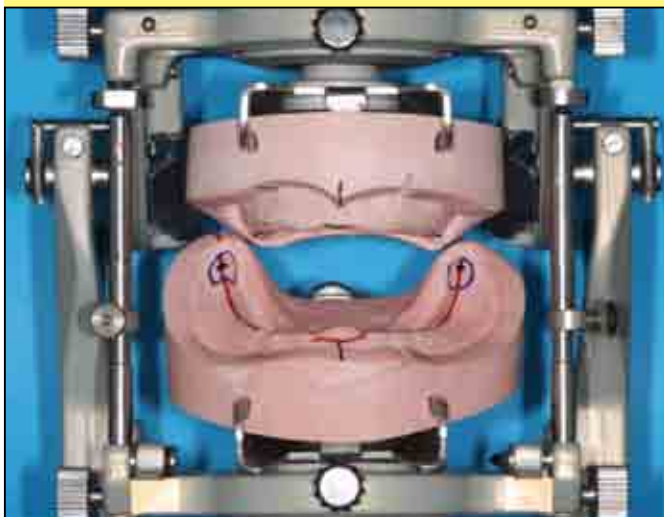
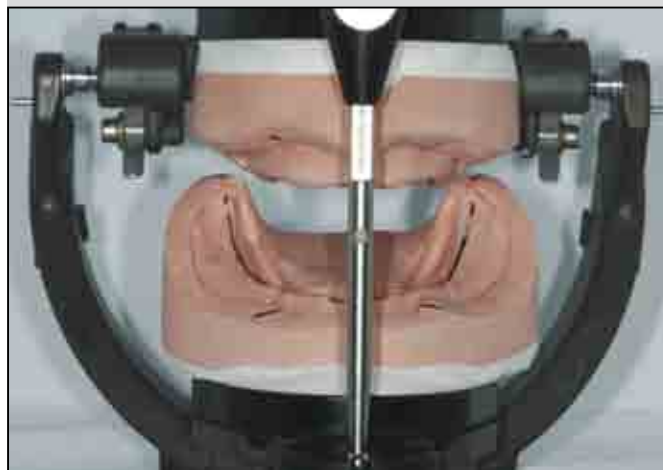
Modello master realizzato con gesso di classe IV

1998

Dopo la registrazione della D.V.O. i modelli vengono inseriti in articolatore mediante croce di fissaggio

2011

Semplice metodo alternativo di montaggio del mascellare superiore in articolatore quando non si riceve dallo studio un arco facciale

1998*Modelli in articolatore in visione frontale**Dettaglio frontale del montaggio***2011***Modelli in articolatore in visione frontale**Dettaglio frontale del montaggio***4 strati cromatici:**

- Smalto 0.6 mm
- Trasparente/opalescente ... 0.05-0.1 mm
- Dentina 0.5-0.8 mm
- Dentina opaca/massa cervicale
parte restante del dente

5 strati fisici:

- Smalto in HIPC
- Trasparente in HIPC
- Dentina in HIPC
- Dentina opaca in PMMA
- Massa basale in PMMA

**Il dente neo.lign è costituito da
4 strati cromatici e 5 strati fisici:**

1998

Montaggio della protesi con denti in PMMA



Il montaggio dei denti è stato eseguito seguendo la metodica "Otrebla"

2011

Montaggio della protesi con denti in composito neo.lign (Bredent)



La tecnica di montaggio è la medesima che utilizziamo da moltissimi anni

1998

*Montaggio dei
frontali in visione
sagittale*



Visione occlusale

2011

*Montaggio dei frontali
in visione sagittale*



Visione globale del montaggio



Visione occlusale

1998

Visione dei denti posteriori in PMMA

2011

Visione linguale in un rapporto di dente a due denti con il dente posteriore neo-lign P

Niente vincoli o geometrie ma possibilità di ottenere un occlusione lingualizzata individuale, con un corretto orientamento delle forze occlusali (assi di cresta), per un ottimo ritorno in centrica, ed un corretto over lap a protezione dei tessuti molli e buccali.

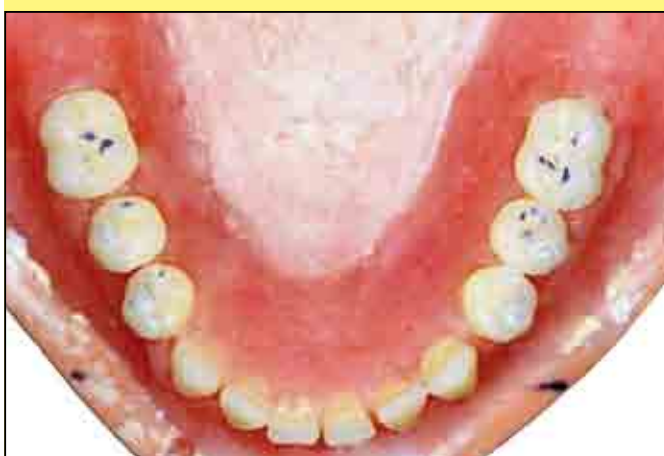


Prova estetica della protesi nel 2011



Protesi sigillata in cera pronta per resinatura termopolimerizzata

A distanza di anni grande è la soddisfazione nel rilevare quello che una protesi correttamente estesa e con una buona occlusione preservi.

1998

Protesi resinata a caldo e riocclusa con denti in PMMA

2011

Contatti che si ritrovano dopo il rimontaggio in articolatore a resinatura ultimata



Un semplice ampliamento delle fosse permette di ottenere i sei contatti stabilizzanti nel concetto di tecnica lingualizzata (Payne 1942)



1998*Protesi rifinite e lucidate***2011***Protesi rifinite e lucidate*

2011



Abbiamo portato alla vostra attenzione un solo caso che è per noi esempio esplicativo di come nella quotidianità utilizziamo un percorso semplice ma fondato su principi biologici, anatomici, gnatologici, fonetici, estetici.

Volevamo focalizzare, speriamo di esserci riusciti, il concetto di individualità protesica nel rapporto che si instaura tra paziente-medico e odontotecnico.

Ciò ha fatto sì che la gentile signora e tanti altri portatori di protesi totale, a distanza di tempo ci confortino sul percorso intrapreso, confermando quindi che si possa vivere egregiamente con un manufatto semplice che li rispetti globalmente.



Alberto Olivieri è nato, vive e lavora ad Ancona. Ha perfezionato le sue conoscenze sull'occlusione, sulla protesi totale e sulle overdentures su impianti collaborando con alcuni dei più grandi esperti del settore in Europa e negli U.S.A. Negli ultimi venticinque anni ha relazionato in più di trecento manifestazioni, tra corsi e congressi a livello nazionale ed internazionale. E' autore di numerose pubblicazioni su riviste e testi italiani ed esteri. Dall'anno 2002 è docente al corso di perfezionamento in protesi, sul tema Protesi Totale, all'Università degli studi G. D'Annunzio di Chieti. Con alcuni colleghi odontotecnici ed odontoiatri nell'A.P.C. (Accademia Protesi Completa), promuove ricerche che interessano l'occlusione ed i materiali in protesi totale, in collaborazione con alcune Università italiane. E' stato socio fondatore A.I.T.L.O ed A.N.T.L.O., ed è socio A.d.B., SICED, A.P.C., A.I.O.P. ed O.d.M.

In collaborazione con: Odt. Marcello Tiberi (Pescara), Dr. Diego Olivieri (Ancona) e Odt. Piero Mosciatti (Roma)

Olivieri Alberto
Isodent • Via Goito 4 • Ancona
a.olivieri@isodent.191.it
www.olivierialberto.it